TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr RENÉ BENARD

1923-1929

PARIS
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL
1, RUE CASSETTE, 1
—
1929



TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr RENÉ BENARD



1923-1929

PARIS
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL
1, RUE CASSETTE, 1

1929

TITRES CIVILS ET UNIVERSITAIRES

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS (1906).

DOCTEUR EN MÉDECINE (1910).

MÉDECIN DES HOPITAUX (1922).

CHEF DE SERVICE A L'HOSPICE D'IVRY (1928).

MÉDECIN-INSPECTEUR DES ÉPIDÉMIES (1927).

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1913).

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE (1923).

ADMIS A L'EXAMEN POUR L'APTITUDE AUX FONCTIONS D'AGRÉGÉ (1926).

LAURÉAT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
(MÉDAILLE DE BRONZE : EXTERNAT, 1905).
(MÉDAILLE DE BRONZE : INTERNAT, 1910).

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
(PRIX DE THÈSE : MÉDAILLE DE BRONZE, 1911).

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX VERNOIS, 1917).
(MÉDAILLE DE BRONZE : HYGIÈNE, 1918).
(MÉDAILLE D'ARGENT : HYGIÈNE, 1919).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES (MÉDAILLE DE BRONZE, 1908).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES (MÉDAILLE D'ARGENT, 1917).

OFFICIER D'ACADÉMIE (1914).

MÉDAILLE D'HYGIÈNE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
(MÉDAILLE DE BRONZE, 1918).

MÉDAILLE D'HYGIÈNE DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR
(MÉDAILLE D'ARGENT, 1919).

LETTRE OFFICIELLE DE FÉLICITATIONS DE L'ARMÉE AMÉRICAINE (1918).

CROIX DE GUERRE AVEC ÉTOILE DE VERMEIL (1915).

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR (1920).

MÉDECIN-COMMANDANT DE RÉSERVE (1927).

ENSEIGNEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE : LEÇONS THÉORIQUES A L'AMPHITHÉATRE
ET CONFÉRENCES CLINIQUES A LA CLINIQUE MÉDICALE
DE L'HOPITAL COCHIN.

ASSISTANCE PUBLIQUE : ENSEIGNEMENT CLINIQUE
AUX ÉLÈVES DE MON SERVICE (A LA CONSULTATION DE MÉDECINE
DE SAINT-ANTOINE, PUIS DE COCHIN,
ET DANS MON SERVICE A L'HOSPICE D'IVRY).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1923 *(suite)*

90. Ligne blanche et tonus sympathique au cours des oreillons. *Soc. méd. des Hôp.*, 19 octobre 1923, p. 1347.

91. Un nouveau cas de gigantisme acromégalique fruste. *Soc. méd. des Hôp.*, 14 décembre 1923, p. 1777.

1924

92. Le rôle de la syphilis dans l'évolution des scléroses viscérales. *Soc. méd. des Hôp.*, 22 février 1924, p. 195.

93. Antagonisme entre l'action *in vivo* et l'action *in vitro* des médications anticoagulantes. *Soc. méd. des Hôp.*, 9 mai 1924, p. 681.

94. Un cas d'eczéma rebelle chez une dysthyroïdienne. Guérison complète et rapide par l'opothérapie. *Soc. méd. des Hôp.*, 6 juin 1924, p. 812.

95. Considérations sur les lois d'hérédité dans les affections à proportion mendélienne. *Soc. méd. des Hôp.*, 26 décembre 1924, p. 1751.

1925

96. Encéphalite épidémique à forme choréique grave traitée par le salicylate de soude intraveineux. Guérison. (En collaboration avec MM. Marchal et Y. Bureau.) *Soc. méd. des Hôp.*, 16 janvier 1925, p. 61.

97. Les difficultés d'appréciation en matière de lois d'hérédité. *Soc. méd. des Hôp.*, 6 février 1925, p. 168.

98. Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveineuses de salicylate de soude en solution glucosée. (En collaboration avec MM. P. Seligmann et Chéramy) *Soc. méd. des Hôp.*, 27 mars 1925, et *La Presse Médicale*, 1er semestre 1925, p. 423.

1926

99. Les hépatites toxiques d'origine anesthésique. *Revue médico-chirurgicale des Maladies du foie, du pancréas et de la rate*, t. I, n° 1, janvier-mars 1926, p. 33.

100. De la mutabilité des caractères bactériologiques. *Gazette des Hôpitaux*, n° 14, 1926, p. 213.

101. Ictère infectieux et Paratyphique *B*. *Soc. méd. des Hôp.*, 26 février 1926, p. 323.

102. Syndrome pluriglandulaire thyro-surrénal avec sclérodactylie : le nanisme acromicrique. (En collaboration avec MM. Hillemand et Laporte.) *Soc. méd. des Hôp.*, 11 juin 1926, p. 967.

103. Un cas d'asthme d'origine émotive. Emotion et choc hémoclasique. (En collaboration avec M. Joltrain.) *Soc. méd. des Hôp.*, 2 juillet 1926, p. 1155.

104. Encéphalite aiguë grave traitée par le salicylate de soude. Persistance de la guérison après vingt-six mois. (En collaboration avec MM. Marchal et Y. Bureau.) *Soc. méd. des Hôp.*, 24 décembre 1926, p. 1751.

105. Les lois ordinales en hérédité mendélienne : loi d'aînesse et loi d'alternance. Etude critique de la valeur scientifique des généalogies pathologiques. Les héméralopes de Vendémian. *Journal médical français*, septembre 1926, p. 343.

1927

106. De l'hypotension artérielle dans l'ictus apoplectique. *Soc. méd. des Hôp.*, 11 février 1927, p. 198.

107. Méningite ourlienne et spirochète de Kermorgant. *Soc. méd. des Hôp.*, 17 juin 1927, p. 918.

108. Traitement du zona et des herpès par les injections intraveineuses d'eaux minérales sulfureuses. (En collaboration avec M. Joltrain.) *Soc. méd. des Hôp.*, 1er juillet 1927, p. 1013.

109. La stérilité consécutive à l'orchite ourlienne est un mythe. *La Médecine*, n° 3, décembre 1927, p. 184.

110. De l'usage du traitement antisyphilitique dans les affections cardio-vasculaires. *Soc. méd. des Hôp.*, 9 décembre 1927, p. 1607.

1928

111. A propos d'un syndrome pluriglandulaire d'origine ourlienne. *Soc. méd. des Hôp.*, 2 mars 1928, p. 371.

112. Du rôle de l'émotion chez la femme enceinte dans la production des monstruosités chez le fœtus. *Soc. méd. des Hôp.*, 8 juin 1928, p. 974.

113. Crises hystériques et pithiatisme. *Soc. méd. des Hôp.*, 9 et 23 décembre 1928, p. 1435 et 1546.

114. L'encéphalopathie saturnine et la révision de la loi sur les maladies professionnelles. *Soc. méd. des Hôp.*, 14 décembre 1928, p. 1727.

Thèses inspirées.

115. Mlle Andrée Lequin : Traitement des formes parkinsoniennes de l'encéphalite épidémique par les injections intraveineuses de salicylate de soude glucosé. *Thèse de Paris*, 1928.

116. M. Pajot : Traitement du zona par les injections intraveineuses d'eau d'Uriage. *Thèse de Paris*, 1929.

LES SOLUTIONS GLUCOSÉES DE SALICYLATE DE SOUDE EN THÉRAPEUTIQUE INTRAVEINEUSE (98).

La technique des injections de salicylate de soude par voie intraveineuse dans le traitement des affections rhumatismales n'est pas récente puisque, dès 1902, elle fut préconisée par Mariani et, en 1904, par Mendel. Malgré les cas remarquables de Sauton, en 1905, cette médication fut abandonnée et ne fut reprise qu'en 1921 à la suite des travaux de Lutembacher et de Gilbert. Ayant mis en œuvre ce traitement, nous fûmes frappé de la fréquence des oblitérations veineuses, dès que l'on cessait d'employer des solutions fortement diluées. Aussi avons-nous cherché, avec MM. Seligmann et Chéramy, une formule qui permît d'utiliser une solution relativement concentrée sans être nocive pour la paroi vasculaire. Après de nombreuses tentatives, nous nous sommes arrêté à la formule suivante :

Salicylate de soude chimiquement pur. . . .	10 gr.
Glucose.	10 gr.
Eau distillée	100 gr.

A répartir en ampoules de verre neutre de 20 cent. cubes et stériliser à l'autoclave ouvert durant un quart d'heure.

C'est avec cette solution que nous entreprîmes toutes les recherches ci-dessous.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Notre travail comprend deux parties. D'abord, nous montrons l'innocuité absolue de la méthode, l'absence de choc et l'absence

totale d'action sclérosante de la solution sur la paroi veineuse. Ensuite, nous exposons les résultats remarquables obtenus dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu : certains rhumatismes, d'allure d'emblée sévère, jugulés en deux ou trois jours. Nous ajoutons qu'il y a lieu de généraliser l'emploi de cette voie d'introduction du médicament à tous les cas de rhumatisme articulaire aigu, et de ne pas le restreindre aux seules formes graves ou rebelles au traitement *per os*.

Traitement des formes aiguës de l'encéphalite épidémique (96 et 104).

En 1923, le professeur Carnot, à qui ses travaux avec Harvier sur la neutralisation du virus encéphalitique avaient montré l'importance du salicylate de soude en la matière, tente avec Blamoutier le traitement des encéphalitiques par les injections intraveineuses de ce sel. Le résultat obtenu fut remarquable. Deux malades présentant des formes graves de cette affection furent améliorés avec une rapidité véritablement surprenante. Mais tandis que l'un d'eux guérissait définitivement, l'autre présentait une rechute, et comme le salicylate avait obturé ses veines, on ne put reprendre la médication et la malade mourut. De nombreux auteurs, dans des observations ultérieures, confirmèrent les très beaux résultats obtenus par le professeur Carnot.

Aussi, ayant eu l'occasion d'observer avec MM. Marchal et Y. Bureau une femme atteinte d'une forme grave d'encéphalite à type choréique, fébrile, fûmes-nous conduits à instituer le traitement à l'aide de la solution que nous avions préconisée. Le résultat fut remarquable. Il fut possible de pratiquer chez cette malade, pendant neuf jours consécutifs, une injection intraveineuse sans déterminer d'oblitération. Grâce à cette médication, la malade qui était restée cinq jours dans le coma était complètement guérie. Deux mois plus tard, nous pouvions la présenter à la Société médicale des Hôpitaux. Deux ans après, nous revenions apporter à la même Société la confirmation que cette guérison s'était maintenue et qu'aucune séquelle n'avait apparu.

Traitement des formes parkinsoniennes de l'encéphalite épidémique (115).

Les résultats remarquables que nous venons de mentionner dans les formes aiguës nous amenèrent à étudier l'effet de cette médication sur les formes prolongées de l'encéphalite épidémique.

Cette tentative était logique puisque l'on sait que, si les séquelles de la maladie peuvent relever pour une part d'un processus de sclérose, elles découlent, pour une part plus importante peut-être encore, de la persistance d'activité du virus encéphalitique. Les recherches expérimentales d'Harvier, de Netter, les constatations anatomiques de Foix et de Mlle Lévy, la très belle observation de contagion du professeur Guillain confirment pleinement ces données.

Nous avons pendant dix-huit mois, avec notre interne, Mlle Lequin, poursuivi cette étude sur les malades venus se présenter à notre consultation de l'hôpital Cochin. Une trentaine de malades ont été soumis à ce traitement. Mais, comme certains ont disparu après une ou deux séries de douze injections, que d'autres n'ont pas répondu à notre appel quelques mois après la fin du traitement, nous en avons retenu seulement neuf dont les observations sont consignées dans la thèse de Mlle Lequin.

Notre étude nous a amenés à faire une double série de constatations : les unes relatives à la technique même du traitement ; les autres relatives, plus particulièrement, à l'action de celui-ci sur les séquelles de l'encéphalite épidémique.

Sur le premier point, nous avons amplement vérifié nos constatations antérieures relativement à l'innocuité de la méthode et à l'absence de toute oblitération veineuse, lorsqu'on se place dans de bonnes conditions. L'innocuité de la méthode est absolue. Nous avons pratiqué près d'un millier d'injections intraveineuses, sans avoir jamais eu le moindre phénomène de choc, du moins lorsque nous faisions usage de la solution glucosée à 10 p. 100, suivant la formule que nous avons établie. Un seul de nos malades présenta un choc impressionnant, qui nous amena à interrompre l'injection au bout de 12 cent. cubes.

Une enquête faite immédiatement montra que l'externe chargé de faire la piqûre avait, par mégarde, utilisé une ampoule de 20 cent. cubes contenant le salicylate à la concentration de 40 p. 100, ampoule que nous avions fait préparer en vue de certaines recherches ultérieures. Le malade avait ainsi reçu, en quelques secondes, une dose massive de 5 grammes de salicylate. L'accident n'eut d'ailleurs d'autre suite fâcheuse que la complète oblitération de sa veine. Nous avons également vérifié l'innocuité de la solution à 10 p. 100 à l'endroit de la paroi veineuse. La plupart de nos malades reçurent au moins 36 injections, 10 d'entre eux dépassèrent 50 et même 60; l'un d'eux en reçut jusqu'à 84. Toutefois, nous signalons l'importance qu'il y a à ne pas dépasser la concentration de 10 p. 100. Une solution à 20 p. 100 qui présenterait le grand avantage de réduire le volume de la solution à injecter est généralement mal tolérée par la paroi veineuse. Si un de nos malades a pu recevoir six injections à ce taux avant de voir sa veine s'oblitérer, il a suffi le plus ordinairement d'une seule injection à ce taux pour déterminer l'imperméabilité ultérieure du vaisseau.

Quant aux résultats obtenus dans le traitement de l'affection, ils ont été fort variables; jamais nuls, ils se sont montrés, suivant les cas, légers, notables ou considérables avec des modalités diverses qui sont les suivantes.

Le tremblement est, de tous les symptômes, celui qui est le plus réfractaire au traitement. Dans plusieurs cas, nous n'avons à ce point de vue obtenu aucune amélioration. Nous mentionnerons ici cependant deux observations. L'une concerne une femme dont l'accident aigu remontait à neuf ans en arrière. Après 48 injections, il ne nous semblait pas que son tremblement fût modifié. Toutefois, elle-même et son entourage affirmaient que ce tremblement n'existait plus que lorsqu'elle était émue, et que, chez elle, celui-ci était notablement atténué. Une autre malade avait un tremblement tellement intense qu'elle était dans l'impossibilité de gagner sa vie. Vers la trentième injection, le tremblement s'était atténué au point de lui permettre de se livrer à des travaux de couture.

La rigidité est, au contraire, beaucoup plus souvent combattue de façon heureuse. Si le phénomène n'est pas constant, il est pourtant le plus habituel. Tel de nos malades, après 60 injections, est susceptible de recommencer à faire des courses; tel

autre peut faire quelques travaux de ménage et peut se rendre seul à l'hôpital, ce qu'il était incapable de faire au début du traitement; un troisième, dans le même délai, peut aller jusqu'à reprendre le métier de garçon livreur qu'il avait dû abandonner.

Assez fréquemment, nous notons l'influence heureuse du traitement sur la sialorrhée souvent considérable de ces malades. Presque constante, cette action est parfois très marquée, mais elle ne se maintient guère que dans la moitié des cas d'une façon définitive.

Les résultats sont également inconstants en ce qui concerne les troubles psychiques et les altérations du caractère. Ici, la médication reste strictement sans effet sur un malade présentant une inactivité totale; là, au contraire, elle calme complètement un état particulièrement marqué d'irritabilité.

Mais les phénomènes qui paraissent les plus constamment et les plus rapidement influencés sont les algies et la somnolence. On sait l'intensité de certaines algies et leur fréquence chez les parkinsoniens post-encéphalitiques. Or, dans tous les cas où nous les avons observées, le traitement a amené une amélioration notable et le plus ordinairement une disparition complète de ces douleurs.

Enfin l'hypersomnie est le symptôme qui est le plus rapidement et le plus complètement amélioré. Des malades qui, au début, s'endormaient sur le lit en attendant leur piqûre arrivaient à reprendre une activité normale avant la fin de la première série d'injections. Dans quelques cas, cette hypersomnie, accompagnée de sialorrhée ou de diplopie, réapparut entre deux séries de traitement. Une nouvelle cure améliora chaque fois ces symptômes.

Les rechutes sont, en effet, assez fréquentes dans les intervalles de traitement. Un de nos malades, âgé de dix-huit ans, qui dès la première série d'injections avait pu reprendre son métier, présenta ainsi, en un an, quatre rechutes, dont une assez sérieuse s'accompagna même d'hémiparésie. Chaque fois, l'institution d'une nouvelle série d'injections fit disparaître tous les symptômes. Nous avons revu périodiquement ce malade pendant deux ans. Il exerce son métier de mécanicien avec une activité parfaite. Toutefois, de temps en temps, il éprouve quelques troubles : algies, somnolence, lourdeur d'un

membre. Il fait pratiquer par son médecin deux ou trois injections, et voit tous ses malaises disparaître.

Notre étude nous a montré que, comme il était à prévoir, les cas les plus heureusement influençables étaient les cas les moins anciens. Nos cas les moins favorables avaient l'un et l'autre sept ans de date. Toutefois, il y a lieu d'observer que la plupart des améliorations partielles signalées ci-dessus concernaient des faits remontant également à sept ans de date, et que dans l'un d'eux, même, on atteignit à une *restitutio ad integrum* presque complète.

Un dernier fait paraît digne d'attention. Dans aucun cas on n'observa, au cours des séries de traitement, une de ces poussées qui se manifestent si fréquemment chez les parkinsoniens, ce qui permet d'affirmer que la médication a une action au moins suspensive sur l'évolution de la maladie.

Telle qu'elle se présente, la médication prolongée que nous avons proposée, rendue possible par la nature de la solution employée, ne paraît pas susceptible de guérir de façon certaine et définitive les séquelles de l'encéphalite épidémique. Toutefois certains résultats obtenus ont été tellement plus marqués qu'avec les autres médications habituellement utilisées, que nous n'hésitons pas à dire que, en présence de ces cas si décevants que constitue le Parkinson post-encéphalitique, un traitement prolongé par le salicylate de soude glucosé, par voie intraveineuse, doit être mis en œuvre.

CHOCS HÉMOCLASIQUES

Poursuivant les études sur les chocs, entreprises dans le cours des années antérieures et relatées dans l'exposé précédent, nous avons étudié, avec notre ami M. Joltrain, le mécanisme du choc par émotion, et les répercussions que peuvent avoir certains chocs minimes sur l'évolution de certaines affections comme le zona.

Émotion et choc (103).

C'est une croyance fort répandue qu'une émotion violente est susceptible de déterminer un grand nombre d'affections pathologiques. S'il apparaît bien que le plus souvent ce rôle est invoqué à tort, il ne s'ensuit pas que l'émotion ne se puisse parfois rencontrer à la base de certaines affections, notamment de celles qui sont en rapport plus ou moins étroit avec des troubles d'ordre sympathique ou endocrinien.

La malade dont nous rapportions l'histoire est une basedowienne fruste, chez qui une grande frayeur, survenue à l'âge de quatorze ans, en pleine période menstruelle, détermina l'apparition, en quelques heures, d'une urticaire généralisée extrêmement intense, et six jours plus tard d'une violente attaque d'asthme. Mais, tandis que l'urticaire disparaissait pour ne plus jamais revenir, l'asthme s'installait à demeure. Les crises apparaissaient dans des conditions diverses et notamment à l'occasion des émotions violentes.

Nous déterminons donc artificiellement une terreur subite, en produisant une violente détonation immédiatement derrière cette malade. Un cri, un léger tremblement immédiat

semblent constituer toute la réaction de cette malade. Mais au bout d'une demi-heure éclate une crise d'asthme d'une intensité formidable. Or dans cet intervalle, cliniquement silencieux, nous avons vu se dérouler tous les phénomènes caractéristiques du choc le plus typique : leucopénie intense presque immédiate, hypotension artérielle et troubles de coagulation un peu plus tardifs, abaissement de l'index réfractométrique, plus tardif encore, et enfin une hyperthermie de près d'un degré comme ultime phénomène.

A la suite de cette observation, nous rapportons plus sommairement l'histoire de quatre autres malades chez qui nous avions également observé l'apparition de crises d'asthme ou de poussées urticariennes consécutives à de violentes émotions.

Émotion et gravidité (112).

Ce choc émotif est-il capable, s'il survient chez la femme enceinte, de déterminer des malformations et des monstruosités du fœtus. C'est ce que nous pensons, à la suite de Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire qui admettait cette cause dans la production de la monstruosité qu'il désigne sous le nom de « Podencéphalie ». M. Apert ajoute que, quant à lui, il partage notre opinion, et croit à la possibibité de semblables influences, dans certains cas, notamment en matière d'idiotie mongolienne.

Traitement du zona et de l'herpès par les injections intraveineuses d'eaux minérales sulfureuses (108, 116).

C'est une notion clinique de date fort ancienne que les cures hydrominérales sulfureuses ont une action favorable sur l'évolution des herpès et notamment de l'herpès récidivant. Ravaut, pensant que l'allure si particulière de ce dernier pouvait être en rapport avec des modifications humorales analogues à celles qui conditionnent l'anaphylaxie, avait utilisé avec succès l'hyposulfite de soude en injections. On sait d'autre part que certains zonas ont été notablement améliorés par

l'auto-hémothérapie. C'est en partant de ces considérations que nous avons essayé l'emploi des injections intraveineuses de certaines eaux minérales sulfureuses, comme l'eau d'Uriage.

Lors de la parution de notre communication, nous rapportions l'observation d'un cas d'herpès récidivant et de dix cas de zona. Depuis cette date, nous avons utilisé la méthode dans un grand nombre d'autres cas, dont certains figurent dans la thèse de notre élève M. Pajot. Les résultats sont partout identiques. Dans le cas d'herpès récidivant, il s'agit d'une affection remontant à quatre années, déjà traitée sans grand succès par la peptonothérapie et par l'autohémothérapie. Au cours d'une première série d'injections, l'éruption s'atténue dès la troisième piqûre et disparaît à la cinquième. Après trois mois de rémission, une nouvelle poussée est jugulée dès son apparition par une nouvelle série, et l'évolution, plusieurs mois après, paraît définitivement enrayée.

Dans le zona, les résultats sont aussi rapides. Quelle que soit l'intensité de l'éruption, son siège, sa généralisation, à la suite de deux, ou au maximum de trois injections, les vésicules sont aplaties, vidées, flétries; en certains points des croûtelles apparaissent. Quant aux douleurs, elles s'atténuent notablement dès la cinquième ou sixième injection; parfois même, elles disparaissent complètement. Assez souvent, elles persistent encore, légères, quatre ou cinq jours avant de disparaître définitivement.

Nous ne connaissons qu'une exception à cette règle. Il s'agissait d'une tuberculeuse de notre service d'Ivry, qui présenta un zona intercostal de moyenne intensité. L'effet de l'eau d'Uriage fut ce qu'il est habituellement, relativement à l'éruption, mais il fut sans action aucune sur les douleurs qui persistèrent pendant trois semaines. Par contre, une autre de nos malades, également tuberculeuse, observée en mars 1929, vit son zona évoluer dans les mêmes conditions que tous les autres que nous avions traités par cette méthode. Eruption et douleurs disparurent avec une rapidité remarquable.

Comment agit l'eau d'Uriage dans ces cas? Il est assez difficile de le dire. Est-ce l'action propre du soufre, l'état physique particulier de l'eau prise au griffon, une certaine radio-activité? Nous tendons à croire que l'injection de cette eau détermine

une série de chocs atténués, ce qui ferait rentrer la méthode dans le groupe des médications anti-chocs. Dans un cas, nous avons constaté nettement les signes humoraux du choc hémoclasique. Mais ce choc est minime. Peut-être est-ce pour cette raison que lorsque, dans un autre cas, nous l'avons également recherché il a passé inaperçu.

AFFECTIONS DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Gigantisme acromégalique fruste (91).

Il s'agit d'un malade qui avait été présenté par MM. Gilbert et H. Bernard. Nous montrons que ce malade apporte une pleine confirmation à l'idée que nous avions antérieurement soutenue (Voir Exposé précédent, p. 36), à savoir que, comme Brissaud l'avait suggéré, et comme Souques l'avait admis, tout sujet exagérément grand est suspect d'être un géant pathologique, atteint d'acromégalogigantisme fruste.

Dysthyroïdie et eczéma (94).

Nous rapportons l'histoire d'une jeune femme de vingt-trois ans, atteinte d'un eczéma suintant extrêmement étendu, fort prurigineux, lichénifié par places et remontant à deux ans et demi. Tous les traitements locaux ou généraux avaient été inefficaces. L'examen de cette malade nous ayant montré une abondance marquée de signes de dysthyroïdie, nous pensâmes à un myxœdème fruste. Un traitement thyroïdien fut institué et l'eczéma disparut totalement en deux semaines. Depuis, il n'a plus reparu.

Il y a donc lieu de retenir l'importance du terrain dysendocrinien dans la genèse de certaines affections dites autrefois diathésiques.

Syndrome pluriglandulaire thyro-surrénal avec sclérodactylie : le nanisme acromicrique (102).

Il s'agit d'un type dont nous n'avons pas rencontré l'équivalent dans la littérature.

C'est une jeune fille de dix-sept ans qui présentait un ensemble de signes de petit myxœdème, un syndrome surrénal caractérisé par de la mélanodermie et une hypotension artérielle très marquée, une sclérodactylie typique et enfin une petitesse de taille (1 m. 48) s'accompagnant d'une exiguïté tout à fait remarquable des mains. Par opposition avec le gigantisme acromégalique, nous proposons de désigner ce syndrome sous le nom de nanisme acromicrique. Ce fait est à rapprocher des cas nombreux, déjà, dans lesquels on a observé la sclérodermie en rapport avec des troubles endocriniens ; nous en avons rapporté une abondante bibliographie dans un travail analysé antérieurement (Voir Exposé précédent, p. 33).

NEUROLOGIE

Ictus apoplectique et hypertension artérielle (106).

On sait que fréquemment, lorsqu'on vient à prendre la tension artérielle d'un hypertendu qui vient de présenter un ictus apoplectique, on constate une baisse considérable de cette tension. Ce signe est habituellement considéré comme relevant de l'ictus lui-même, sans que l'on se soit jamais bien expliqué par quel mécanisme s'était produit le phénomène. Une communication remarquable de notre regretté collègue Foix montrait que l'ictus, dû plus fréquemment que l'on ne croit à un ramollissement, s'observe parfois chez les hypertendus à la suite d'une saignée, et qu'ainsi c'est une hypotension brusque qui est la cause du déficit d'irrigation cérébrale. Nous pensons donc que, au moins dans certains cas, l'hypotension que l'on observe après l'ictus est en réalité la cause et non la conséquence de cet ictus. Quelques recherches entreprises avec notre collègue sur ce sujet semblaient corroborer cette opinion, lorsqu'elles furent interrompues par la mort de celui-ci.

Crises hystériques et pithiatisme (113).

Notre conception relative aux liens qui unissent les affections organiques du système nerveux et le pithiatisme a déjà été exposée par nous de façon fragmentaire dans diverses publications analysées antérieurement (Voir Exposé précédent, p. 20, 21, 22, 23 et 34). A propos d'une intervention de notre part, à propos d'une communication de notre ami M. Tinel, M. Babinski nous reprocha d'avoir dit qu'un fossé seulement

séparait l'hystérie des affections à substratum organique, et affirmait que ce fossé était un abîme. Nous montrons que nous acceptons parfaitement la définition donnée par M. Babinski du pithiatisme, mais, retenant les altérations constatées par nous au cours de crises nettement pithiatiques, altérations biochimiques du sang et du liquide céphalo-rachidien, nous croyons pouvoir poser en principe que « ne fait pas qui veut des manifestations hystériques et que l'hystérie ne se développe que sur un terrain antérieurement prédisposé par des altérations organiques ».

Nous distinguons trois ordres de faits. Ceux dans lesquels les troubles organiques sont indéniables : ce sont les associations hystéro-organiques. Ceux dans lesquels une manifestation organique a précédé l'apparition des troubles hystériques : c'est l'hystérie greffée sur une « épine organique ». Ceux enfin dans lesquels rien ne paraît déceler l'altération organique, et où seule une analyse biochimique des humeurs montre l'existence d'altérations. « L'hystérique, disons-nous, est un pitre qui fait la parade sur les tréteaux. Nous pouvons bien par des procédés véhéments faire cesser la parade et faire rentrer le pitre dans la coulisse; mais les tréteaux demeurent sur lesquels l'acteur ne demande qu'à remonter pour peu que nous l'y incitions, ou même simplement que nous l'y autorisions. » Et en disant cela, nous ne croyons pas porter atteinte à la définition du pithiatisme proposée par M. Babinski et admise par tous.

MALADIES INFECTIEUSES ET INTOXICATIONS

OREILLONS

Ligne blanche et tonus sympathique (90).

M. Tinel admet que le phénomène de la « Ligne blanche » est en relation étroite avec l'hyposympathicotonie. Les recherches de M. Sézary ont abouti à des conclusions inverses. Rappelant nos travaux antérieurs (Voir Exposé précédent, p. 29) qui nous ont montré combien il était difficile de déclencher un réflexe oculo-cardiaque positif chez les ourliens habituellement bradycardiques, nous indiquons que nous avons toujours trouvé chez eux une ligne blanche extrêmement marquée.

Orchite ourlienne et stérilité (109 et 111).

Nous reprenons d'une part dans une étude d'ensemble cette question sur laquelle nous n'insisterons pas ici, l'ayant déjà exposée antérieurement (Voir Exposé précédent, p. 14 et 32). Dans une autre note, et à propos d'un malade de M. Hubert, nous montrons que ce malade, malgré un vague aspect d'infantilisme, ne présente, en réalité, aucun des stigmates génitaux de l'infantilisme.

Méningite ourlienne et spirochète de Kermorgant (107).

On sait que le spirochète auquel Kermorgant attribue l'infection ourlienne n'a jamais été retrouvé par lui dans le liquide

céphalo-rachidien. Des recherches remontant à plusieurs années nous avaient amené dans 2 cas sur 18 à trouver dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints d'oreillons un germe spiralé, mobile, facilement visible à l'ultra-microscope. Dans les 16 cas négatifs, il s'agissait, soit de malades porteurs de méningite ourlienne déclarée, soit de malades qui n'ont à aucun moment présenté de signes cliniques de méningite.

Quant aux deux cas positifs, ils concernaient des malades qui ne présentaient à ce moment aucun signe clinique de méningite, mais en présentèrent le tableau typique quelques jours plus tard. Il est juste d'ajouter qu'à ce moment on ne retrouvait plus le germe dans le liquide céphalo-rachidien. C'est donc avant la période clinique de méningite confirmée que l'on a chance de rencontrer l'agent en cause par la ponction lombaire.

ICTÈRE INFECTIEUX ET PARATYPHIQUE B (101).

Y a-t-il lieu, comme le propose notre ami M. Troisier, de créer, à côté de l'ictère commun apyrétique et de la spirochétose ictéro-hémorragique, une troisième variété d'ictère infectieux, dont certains pourraient relever du paratyphique B? M. le professeur Labbé, à ce propos, mentionne que dans nombre de cas observés par lui on ne pouvait mettre en cause ni paratyphique ni spirochète. Nous mentionnons une série d'observations personnelles où, au cours d'épidémie de paratyphoïde B, apparurent un certain nombre d'ictères fébriles. L'hémoculture donna, dans tous les cas où elle fut positive, du paratyphique B. Mais, tandis que presque toutes les paratyphoïdes « poussaient », presque tous les ictères « ne poussèrent pas », à l'exception de deux d'entre eux. Or, il n'y eut aucune différence dans l'aspect clinique entre ces derniers et les autres cas d'ictère.

SATURNISME (114).

C'est une question d'aspect principalement médico-légal qui est soulevée dans cette étude sur l'encéphalopathie saturnine et la question de la revision de la loi sur les maladies profession-

nelles. Nous montrons les inconvénients graves qu'il y aurait à conserver dans une loi nouvelle ce terme désuet, et qui, à l'heure actuelle, ne correspond à rien de bien défini; il y aurait au contraire grand intérêt à faire figurer dans un texte législatif les « accidents de l'hypertension saturnine ».

SYPHILIS (92 et 110).

Dans une première note, nous montrons que les statistiques apportées par notre collègue Maurice Renaud, relativement au rôle de la syphilis dans la genèse des scléroses viscérales, ne sont pas convaincantes. La réaction de Bordet-Wassermann fournit sans doute les renseignements les plus précieux, nous l'avons dit antérieurement (Voir Exposé précédent, p. 46), mais vouloir se baser sur la foi d'un résultat négatif pour refuser à un scléreux le bénéfice d'un traitement spécifique indiqué par ailleurs, cela nous paraît une tendance fâcheuse.

Par contre, il y a une exagération inverse dans laquelle il faut se garder de verser, et à propos du débat ouvert par notre ami M. Donzelot nous sommes amené à exposer notre manière de voir en ce qui concerne les indications du traitement spécifique des affections cardio-vasculaires. Nous posons ainsi le problème.

Si l'on a la notion certaine de la nature syphilitique de l'affection, il faut employer le traitement, quitte à prendre quelques précautions particulières, au cas où les émonctoires apparaîtraient déficients. Si, au contraire, il s'agit d'une affection qui, théoriquement sans doute, peut relever de la syphilis, mais sans que rien dans le cas considéré permette de l'affirmer, la question des émonctoires passe au premier plan. Si le rein et le foie sont sains, nul doute que l'on ne soit autorisé à tenter le traitement. Dans le cas contraire, avec un doute sur la nature syphilitique d'une part et la quasi-certitude de déterminer des accidents graves du côté des émonctoires, nous estimons que le devoir strict est de s'abstenir du traitement spécifique.

HÉRÉDITÉ

Deux lois nouvelles en matière d'hérédité à proportion mendélienne. La loi d'aînesse et la loi d'alternance (95, 97 et 105).

Nous avions entrevu ces lois et les avions mentionnées en quelque sorte incidemment lors d'un travail antérieur (Voir Exposé précédent, p. 38). Toutefois, de nouveaux faits étant venus appuyer notre conviction et confirmer les points que nous avions établis, nous avons exposé ces lois dans un travail d'ensemble.

Nous proposons donc d'ajouter aux lois numérales de Gregor Mendel en matière d'hérédité deux lois ordinales, concernant, non plus le nombre des sujets pathologiques dans une même fratrie, mais leur ordre de primogéniture. Nous obtenons ainsi la loi d'aînesse, qui veut que « dans les affections héréditaires à proportion mendélienne l'aîné d'une fratrie est atteint de la malformation » et la loi d'alternance, qui, dans toute sa rigueur, voudrait que « les sujets sains et les sujets indemnes alternent entre eux ». Cette seconde loi est d'ailleurs moins rigoureuse que la première.

Notre collègue, M. Apert, ayant bien voulu, sur notre demande, étudier ces lois à la lumière de sa grande documentation, crut pouvoir les réfuter en disant qu'elles étaient controuvées dans 50 p. 100 des cas. Nous avons alors entrepris une étude minutieuse des généalogies qui nous étaient opposées. Nous nous sommes attaqué à l'immense généalogie de Nettleship, relative à une famille d'héméralopes et qui ne concerne pas moins de 2.121 individus. Après avoir

montré que les conditions mêmes dans lesquelles peut être établie une généalogie pathologique s'étendant sur trois siècles sont telles qu'un document de cette nature ne peut prétendre à la rigueur d'un document de valeur scientifique, nous avons repris l'étude critique individuelle de chacun des 135 cas d'héméralopie mentionnés dans cette généalogie. Et nous sommes arrivé à ce résultat que, en partant du document qui nous était opposé, les lois que nous avions établies se vérifiaient dans 90 p. 100 des cas.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'Appel, 1, rue Cassette. — 1929.